



# WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 16 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ភាពពេញវ័យរវាង៖ អាយុ 16 ឆ្នាំ

សំណងនៃពេញវ័យដើម្បីពេញវ័យ

ឈ្មោះរបស់កុមារ	ថ្ងៃខែកំណើត																								
ប្រតិកម្មនានា	ថ្នាំលេបបច្ចុប្បន្ន																								
អាត្មា/គ្រោះថ្នាក់/បញ្ហា/ការបារម្ភតាំងពីពេលជួបពិនិត្យសុខភាពចុងក្រោយ	ថ្ងៃនេះខ្ញុំមានសំនួរមួយអំពី៖																								
<table border="0"> <tr> <td>បាទ ទេ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។</td> <td>បាទ ទេ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំមានរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	បាទ ទេ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។	បាទ ទេ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំមានរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។					
បាទ ទេ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។	បាទ ទេ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។																		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំមានរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។																		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។																						

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE
---------------------------	--------------------------	----------------

Review of systems       Review of family history

---

Screening:

	MHZ	R	L
Hearing Screen	4000 _____	_____	_____
	2000 _____	_____	_____
	1000 _____	_____	_____
	500 _____	_____	_____
Vision Screen	R 20/ _____	L 20/ _____	

	N	A	
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Physical:	N	A		N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe abnormal findings and comments:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diet \_\_\_\_\_

Sleep \_\_\_\_\_

Review Immunization Record

Hgb/Hct \_\_\_\_\_  TB  Dental Referral

Cholesterol

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

Nutrition/weight control       Regular physical activity/Sports

Seat belts/Driving       Injury prevention/safety

Tobacco Use       Drugs/Alcohol       STD/HIV/AIDS

Sex education/birth control       Suicide/Depression

Dental Care       Self Exam       Future Plans

Other: \_\_\_\_\_

Assessment/Plan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

**NEXT VISIT: 18 YEARS OF AGE**

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

HEALTH PROVIDER ADDRESS

# ADOLESCENCE: 16 YEARS

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (16 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

### **Screens for Sexually Active Teens**

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

### **Hepatitis B Vaccine**

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

### **High Risk Behavior**

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



ការពិនិត្យដើម្បីរក្សាសុខភាពក្មេងៗ - ភាពពេញវ័យ ១៦ ឆ្នាំ

WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 16 YEARS

(ត្រូវទៅតាមគោលការណ៍រំលែក EPSDT)

ថ្ងៃខែ

ភាពពេញវ័យ ១៦ ឆ្នាំ

សំណុំធនធានពេញវ័យដើម្បីបំពេញអំពីខ្លួនឯង	ឈ្មោះរបស់កុមារ	ថ្ងៃខែកំណើត																	
	ប្រតិកម្មនានា	ថ្នាំលេបបច្ចុប្បន្ន																	
	អាត្មា/គ្រោះថ្នាក់/បញ្ហា/ការបារម្ភតាំងពីពេលជួបពិនិត្យសុខភាពចុងក្រោយ	ថ្ងៃនេះខ្ញុំមានសំនួរមួយអំពី:																	
	<table border="0"> <tr> <td>បាទ ទេ</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។</td> <td>បាទ ទេ</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំមានរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	បាទ ទេ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។	បាទ ទេ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ខ្ញុំមានរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។			
បាទ ទេ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករៀងរាល់ថ្ងៃ ។	បាទ ទេ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ខ្ញុំមានសកម្មភាពហាត់ប្រាណខ្លះៗរៀងរាល់ថ្ងៃ ។														
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ខ្ញុំមានរណាម្នាក់ដែលខ្ញុំអាចនឹងនិយាយជាមួយ ។		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ខ្ញុំគេងគ្រប់គ្រាន់៖ _____ ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ។														
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ខ្ញុំសប្បាយរីករាយជាមួយនឹងរបៀបដែលខ្ញុំរៀននៅសាលា និង/ឬនៅកន្លែងធ្វើការ ។																	

ទម្ងន់-គីឡូ/ម៉ែត្រ ភាគរយ	កំពស់-សង្កឹម/ម៉ែត្រ/អ៊ិន្ល ភាគរយ	សម្ពាធឈាម
--------------------------	----------------------------------	-----------

ពិនិត្យមើលប្រព័ន្ធរាងកាយ  ពិនិត្យមើលប្រវត្តិគ្រួសារ

ការពិនិត្យដំរើសទូទៅ:	MHZ	ខាងស្តាំ	ខាងឆ្វេង
សោតវិញ្ញាណ	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____

ចក្ខុវិញ្ញាណ ខាងស្តាំ 20/ \_\_\_\_\_ ខាងឆ្វេង 20/ \_\_\_\_\_

	ធម្មតា	មិនធម្មតា	
ការធំលូតលាស់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ចរិយាមាយាទ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
រំភើបចិត្តក្នុងសង្គម	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
សុខភាពស្ថិតិអារម្មណ៍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

រាងកាយ:	ធម្មតា	មិនធម្មតា	ធម្មតា	មិនធម្មតា	
រូបរាងទូទៅ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ដើមទ្រូង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ស្បែក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ស្លឹក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ក្បាល	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ថតបេះដូង/ជិតចរ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ភ្នែក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ពោះ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ត្រចៀក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	គ្រឿងបន្តពូជ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ច្រមុះ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	អ្វីៗខ្លះ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បំពង់អាហារ/ផ្នែកខាងលើ/ធ្មេញ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ចុងដៃបច្ចុប្បន្ន	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	នៃប្រសាទសាស្ត្រ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ថ្នាំប្រមាម	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ដំណើរ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ចូររៀបរាប់អំពីការរកឃើញដែលខុសពីធម្មតានិងការអធិប្បាយ:

តមអាហារ \_\_\_\_\_

ការដេក \_\_\_\_\_

ពិនិត្យមើលឯកសារចាក់ថ្នាំការពាររោគ

Hgb/Hct \_\_\_\_\_  TB (រោគរង)  ការបញ្ជូនទៅពេទ្យធ្មេញ

រោគឈាមមានកំរិតខ្ពស់ច្រើន

ការសិក្សាផ្នែកសុខភាព: (ត្រូវយកអ្វីៗទាំងអស់ដែលបានពិភាក្សា/ដែលបានផ្តល់ឱ្យតាមការថែទាំក្រៅសម្ព័ន្ធនៃ)

ចំណីអាហារមិន/ការរក្សាទំងន់  សកម្មភាពហាត់ប្រាណទៀងទាត់/កីឡា

ការដាក់ខ្សែក្រវាត់/ការបើកបរ  កិច្ចការពារមិនឱ្យមានរមួស/សុវត្ថិភាព

ការប្រើថ្នាំជក់  ថ្នាំញៀន/សុរា  ធម្មតា/ការប្រើប្រាស់អេទ្រូ/អេមាត HIV /ធម្មតា/អេស

ការសិក្សាអំពីតាមរោគ/វិធានការពារមិនឱ្យមាន កូន  អត្តយោជ/ការកើតទុក្ខព្រួយ

កិច្ចថែទាំក្រៅពេទ្យ  ការពិនិត្យមើលសុខភាព  ផែនការពេលអនាគត

ផ្សេងៗ: \_\_\_\_\_

ការចិនប្រមាណ/ផែនការ: \_\_\_\_\_

ការពិនិត្យមើលបន្ទាប់៖ អាយុ 18 ឆ្នាំ	ឈ្មោះរបស់ពេទ្យដែលផ្តល់ការរក្សាសុខភាព
ហត្ថលេខារបស់ពេទ្យដែលផ្តល់ការមើលសុខភាព	អាសយដ្ឋានរបស់ពេទ្យដែលផ្តល់ការរក្សាសុខភាព

ភាពពេញវ័យ ១៦ ឆ្នាំ

# ការថែរក្សាសុខភាពរបស់អ្នកនៅអាយុ 16 ឆ្នាំ

តើរាងកាយរបស់អ្នកត្រូវការអ្វី

របៀបដែលអ្នកកំពុងធំលូតលាស់រវាងអាយុ 16 ឆ្នាំនិង 18 ឆ្នាំ ។

អ្នកត្រូវការកិច្ចពិនិត្យមើលសុខភាព ទស្សនៈវិស័យនិងសោតវិស័យ ដោយឡែកទាក់ ជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ។ យ៉ាងហោចណាស់អ្នកគួរ ទៅជួបពេទ្យធ្មេញម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ ។

អ្នកត្រូវការដេកយ៉ាងហោចណាស់ 8 ម៉ោងក្នុងមួយយប់ ដើម្បីធ្វើកិច្ច ការបានល្អបំផុតនៅសាលា នៅកន្លែងធ្វើការ ឬនៅពេលបើកបរ ។ ចៀសវាងធ្វើការងារបន្ថែមមួយមុខទៀត បើការងារនោះនៅចំណណាល ដំណេករបស់អ្នក ។

ការហាត់ប្រាណជាវិធីមានប្រសិទ្ធភាពបំផុតដើម្បីរក្សាទំងន់របស់អ្នក ។ ការតម្កល់ចំណីត្រូវតែដាក់ផែនការនិងមានការត្រួតមើល ។ ការលេបថ្នាំ បញ្ចុះឬថ្នាំក្តែងអាចធ្វើឲ្យខូចរាងកាយរបស់អ្នក ។ រាងកាយរបស់អ្នកមិន បានទទួលចំណីហារដែលត្រូវការដើម្បីធំលូតលាស់ ។ បើអ្នកមាន មិត្តភក្តិដែលក្តែងឬប្រើថ្នាំបញ្ចុះដើម្បីរក្សាទំងន់ ពួកគេត្រូវការជំនួយ ហើយ ។

ដើម្បីរកជំនួយឬព័ត៌មានបន្ថែម

ទូរស័ព្ទប្រចាំការដើម្បីជួយគ្រួសារ៖ 1-800-932-4673  
National Crisis Helpline: 1-800-999-9999  
ឬទូរស័ព្ទប្រចាំការ Boys Town National Crisis Line:  
1-800-448-3000 ។

ព័ត៌មានអំពីកាមរាគសំរាប់ក្មេងជំងឺ៖

[www.teenwire.com](http://www.teenwire.com) ។

សំរាប់ព័ត៌មានអំពីក្មេងជំងឺខ្លាំងនិងក្មេងជំងឺដែលស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា ចូរទាក់ទង៖ ឪពុកម្តាយ គ្រួសារ និងមិត្តនៃជនស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នានិង មនុស្សខ្លាំង (PFLAG-Parents, Families, and Friends of Lesbians and Gays) [www.pflag.com](http://www.pflag.com) ឬ 202-467-8180 ។

សំរាប់ការបរិភោគខុសប្រក្រតី ចូរទាក់ទង៖

[www.allabouteatingdisorders.com](http://www.allabouteatingdisorders.com) ។

ទម្លាប់ដែលជួយសុខភាពល្អ

រៀនអំពីកាមរាគ ការរំងាប់អារម្មណ៍ ជំងឺឆ្លងនៃកាមរាគ និងវិធីការពារ មិនឲ្យមានកូនរបស់អ្នក ។ ចូរប្រាកដថាអ្នកចេះរបៀបនិងដឹងថាហេតុអ្វី ដើម្បីនិយាយថា "ទេ" ចំពោះការសេពកាម ។ ចូរនិយាយជាមួយឪពុក ម្តាយ ឬអ្នកឲ្យជំនួយមនុស្សធំអំពីការសំរេចចិត្តក្នុងរឿងសេពកាម ។

ការដក់ផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវរោគផ្តាសាយ រោគដំបៅប្រហោងឆ្អឹងមុខ រោគ មហារីក ដង្ហើមមានខ្លិនមិនល្អ ហើយនិងនាំឲ្យសំលៀកបំពាក់និងសក់ ក្បាលរបស់អ្នកមានខ្លិនស្អុយ ។

ការប្រែប្រួលទៅជាអាក្រក់យ៉ាងខ្លាំងនៅក្នុងអារម្មណ៍ អាកប្បកិរិយា មិត្តភក្តិ កិច្ចការសាលា និងការទៅរៀនរបស់អ្នក ទាំងអស់នេះអាចជា សញ្ញានៃការព្រួយចិត្ត ។ បើអ្នកគិតថាខ្លួនអ្នកមានការព្រួយចិត្ត ចូរទៅ ជួបវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬសុំឲ្យឪពុកម្តាយរបស់អ្នកជួយ ។ ឬមួយបើមិត្ត ម្នាក់ហាក់ដូចជាភ័យខ្លាចខ្លួនយ៉ាងខ្លាំងបើកហើយអាកប្បកិរិយារបស់គេ ប្រែប្រួល អ្នកដឹងថាគេទៅរកជំនួយទៅណា ។

ចំណាយពេលរៀនរាល់ថ្ងៃហាត់ប្រាណ ឬជាមួយមិត្តរបស់អ្នក យ៉ាង ហោចណាស់ក៏ស្មើនឹងពេលដែលអ្នកចំណាយមើលទូរទស្សន៍ ឬជាមួយ កុមារទៀត ។

ក្មេងជំងឺជាច្រើនស្គាល់ក្មេងជំងឺដែលអាចជាមនុស្សខ្លាំង ឬជាមនុស្ស ស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា ។ អ្នកអាចចង់និយាយអំពីរឿងនេះ ។ អ្នកអាច ទូរស័ព្ទទៅអង្គការមួយនៃអង្គការដែលជួយក្មេងជំងឺខ្លាំង ឬក្មេងជំងឺ ដែលស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា គ្រួសាររបស់ពួកគេ និងមិត្តរបស់ពួកគេ ។

កិច្ចការកែកំសាន្ត ឬទេព្យកោសល្យអាចជាទិដ្ឋភាពនៃមុខរបរប្រចាំខ្លួន ។ កិច្ចការទាំងនេះជួយអ្នកឲ្យមានអារម្មណ៍ល្អចំពោះខ្លួនឯង ។ សាកល្បង កិច្ចការដែលអ្នកចូលចិត្តដូចជាកីឡា ល្ខោន សិល្បៈ តន្ត្រី ការថតរូប ឬការធ្វើគ្រឿងអលង្កា ។

ចំណុចសុវត្ថិភាព

ការបើកបរគឺជាការប្រថុយគ្រោះថ្នាក់បំផុតសំរាប់អ្នកបើកបរជាក្មេងជំងឺ នៅពេលដែលពួកគេមានអ្នកជិះទៀតជាក្មេងជំងឺ ។ អ្នកនិងឪពុកម្តាយ របស់អ្នកគួរយល់ស្របគ្នានៅលើក្រិត្យវិន័យច្បាប់លាស់អំពីការបើកបរ ជាពិសេសជាមួយមិត្តរបស់អ្នក ។ ជាឧទាហរណ៍ អ្នកបើកបរនិងអ្នកជិះ ទាំងអស់ត្រូវពាក់ខ្សែក្រវាត់កៅអីគ្រប់ពេលវេលា ។ កុំបើកឡាននៅ ពេលស្រវឹង ឬជិះឡានជាមួយនរណាម្នាក់ដែលផឹកស្រា ។

ចូរចងចាំថា "មិត្តមិនគ្រាន់តែមិនឲ្យមិត្តបើកឡាននៅពេលស្រវឹង ប៉ុណ្ណោះ ទេ" ពួកគេថែមទាំងមិនឲ្យមិត្តខ្លួនជិះឡានជាមួយអ្នកស្រវឹងទៀតផង ។

ប្រើថ្នាំលាបការពារកំដៅថ្ងៃ ។ កំដៅថ្ងៃច្រើនហួសអាចបណ្តាលឲ្យជ្រួញ និងកើតមហារីក ។